위 임 장

① 수 임 인 (위임받는자)	성 명		전 화 번 호	
	생년월일		위임인과의 관계	
	주 소			
② 위 임 인	성 명		전 화 번 호	
	생년월일			
	주 소			

「개인정보 보호법」 제38조 제1항에 따라 위와 같이 개인정보의 (☐ 열람&사본발급, ☐ 정정·삭제, ☐ 처리정지)의 요구를 위의 자에게 위임합니다.

년 월 일

위임인 (자필서명 또는 인)

자료기록 열람 및 사본발급 동의서

환자본인	성 명		연락처	
	생년월일			
	주 소			
신 청 인	성 명		환자와의 관계	
	생년월일		연락처	
	주 소			
열람 및 사본발급 범위	열람 내용 및 사유			
	사본발급 내용 및 사유			
	발급방법	☐ 방문 ☐ 온라인 ☐ FAX ☐ E-Mail (이메일 주소 :)		

※ 온라인 및 FAX 발급 요청의 경우 개인정보 노출과 관련한 모든 책임은 신청인 본인에게 있습니다.

본인(또는 법정대리인)은 상기 신청인( )이 「의료법」 제21조제2항 및 같은 법 시행 규칙 제13조의2에 따라 본인의 진료기록 등을 열람하거나 사본발급 하는것에 대하여 동의합니다.

환자 본인이 만 14세 미만의 경우에는 법정대리인이 작성합니다.

년 월 일

본인(또는 법정대리인) (자필서명 또는 인)

박희붕외과 프리미어 검진센터